observée chez des personnes saines aurait-elle pour origine la pulsation normale de l'artère pulmonaire. »

Mais Ewart reconnaît que les remarques précédentes ne sont que théoriques et en partie spéculatives, *partly speculative*.

REVUE DE LA PRESSE

Pelade récidivante. — M. J. D. Tsakiris a publié dans la *Médecine moderne* une observation intéressante de pelade récidivante, traitée et guérie par les scarifications, et la calotte: deux procédés fort usités en Turquie, où ils rendent des services quotidiens; le premier est employé contre la pelade.

Voici en quoi il consiste : après avoir rasé soigneusement la place malade et les parties environnantes, on pratique avec le même rasoir, et sans lavage préalable, cela va sans dire, des scarifications superficielles distantes les unes des autres de quelques millimètres; lorsque la région scarifiée est encore saignante, le patient subit l'épreuve de l' « ail » : on le frictionne vigoureusement avec un topique, où se combine l'ail de cuisine avec la poudre de guerre, le tout broyé ensemble et renfermé dans une toile solide et mince; au moment de la friction, un liquide noirâtre suinte à travers la toile, et produit sur la place avivée une douleur cuisante; pour rendre plus énergique encore ce topique, que l'on pourrait qualifier de martial, certains ajoutent du sel, voire même du poivre. Les douleurs du reste ne tardent pas à se calmer, et l'on recommence cette médication locale après la chute de l'eschare superficielle. On se borne parfois à appliquer sur la plaque pendant quelques heures, en cataplasme, des gousses d'ail broyées. Il est rare qu'une plaque de pelade ne cède, et cela sans accidents, à ce traitement aussi énergique que primitif.

Le second procédé est réservé à la teigne. La calotte est une spécialité de bonne femme dont la technique nécessite une initiation. Le cuir chevelu tout entier est rasé; sur toute sa surface on étend une ou plusieurs couches de poix de Thasos ramollie, la consistance a ici une grande importance, la poix doit subir avant l'emploi certaines manipulations, dont les vieilles gardent professionnellement le secret. Aucun poil ne devra échapper au moment de l'arrachement. Sur la poix une forte toile; garder le tout sans ôter un mois durant, puis arracher.

Cette médication héroïque reste maîtresse des teignes les plus rebelles..., sinon après la première, du moins après la seconde ou la troisième application. On éprouve pendant les dix derniers jours des démangeaisons très vives, le cuir chevelu est fortement congestionné et laisse suinter des liquides empreints d'une odeur goudronneuse très prononcée; le jour de l'arrachement arrive enfin. On conçoit sans peine que c'est là l'épreuve la plus dure à subir. Malgré cela les patients s'y prêtent volontiers, et M. Tsakiris dit avoir vu des jeunes filles fort pusillanimes se soumettre sans répugnance à ce mode de traitement à deux et trois reprises. Il est vrai de dire qu'ici comme ailleurs c'est le premier pas qui coûte, et les douleurs que l'on éprouve au premier arrachement sont très atténuées aux autres. Règle générale, après la cessation du traitement les cheveux repoussent fins d'abord, puis luisants, épais, et plus foncés qu'auparavant.

De douze cas de guérison observés en Turquie, M. Tsakiris a tiré les conclusions suivantes :

1° Les scarifications suivies de frottements avec une substance irritante constituent un traitement efficace contre les pelades récentes et de peu d'étendue. La repousse a lieu du 30e au 60e jour. Ce traitement, très usité en Turquie, paraît agir surtout par révulsion;

2° Le meilleur traitement des pelades multiples et anciennes nous paraît être la calotte. Elle agit comme obstruant, comme révulsif, comme épilant, et peut-être aussi comme antiseptique ;

3° Dans les pelades récentes, mais surtout dans les pelades anciennes, une bonne hygiène, une nourriture substantielle, un séjour au bord de la mer, ou dans une station thermale, constituent souvent la moitié du traitement. Le professeur Hardy et d'autres encore y ont insisté bien avant nous ;

4° L'épilation, très utile dans des cas peu graves, peut suppléer à la calotte;

5° Tous les topiques sont bons, à la condition qu'ils soient appliqués sur une surface scarifiée, épilée, rasée ou amincie par un vésicatoire;

6° On voit apparaître une pelade guérie depuis longtemps, sous l'influence d'une nourriture insuffisante, et des fatigues prolongées;

7° Les pelades profitent largement pour s'étendre de la malpropreté et de toutes les affections générales débilitantes;

8° Les corps gras appliqués comme topiques nous ont paru les moins recommandables;

9° Le siphon au chlorure de méthyle mériterait d'être expérimenté sur une plus large échelle, comme révulsif surtout.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATIONS

Déchirure du rein. — M. G. MARCHANT, à l'occasion du travail de M. Tuffier, communique l'observation d'un homme de trente-sept ans, qui tomba d'une voiture sur le bord d'un trottoir. Le coup porta sur la région lombaire. Il y eut une lipothymie par suite d'une hémorragie interne. Le lendemain, rétention d'urine, cathétérisme, urine sanguinolente. Il y eut ainsi de l'hématurie pendant quarante-huit heures, puis les urines redevinrent claires. Le troisième jour, M. G. Marchant constate du péritonisme, des ecchymoses lombaires, tuméfaction avec tension et contracture des muscles de la paroi, ecchymoses le long du trajet inguinal, au niveau de la racine de la verge.

M. G. Marchant porte le diagnostic de déchirure du rein. Il fait une longue incision, comme pour une néphrotomie, trouve un vaste épanchement sanguin et le rein divisé en deux. Il enlève les deux portions rénales, fait un lavage et un pansement. Le malade a promptement guéri.

M. G. Marchant croit pouvoir conclure de ce fait que, dans ces cas, il ne faut pas attendre, pour intervenir, les phénomènes d'infection et qu'il faut faire une néphrectomie primitive.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE

M. POLAILLON rappelle que M. Poirier, alors qu'il le remplaçait à l'Hôtel-Dieu, a extrait avec succès une balle de revolver logée dans le cerveau. M. Polaillon imita cette conduite dans les deux cas suivants :

Un jeune homme de seize ans reçoit une balle de revolver dans la tempe droite. Après quelques jours apparurent des signes de méningo-encéphalite. M. Polaillon trépane, recherche la balle, ne la trouve pas et le malade succombe.

A l'autopsie, il constate qu'il a fait une fausse route et que la balle siège en dehors du trajet d'exploration.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme qui reçoit une balle de revolver dans la région frontale. Comme il est dans le coma, M. Polaillon trépane, introduit, avec les plus grandes précautions, une sonde flexible, traverse toute la masse du cerveau sans trouver la balle. Le malade meurt. A l'autopsie, on constate qu'on a fait une fausse route, et il est impossible de retrouver la balle.

Ces deux faits prouvent, de nouveau, les difficultés qu'on éprouve pour trouver et retirer les projectiles ayant pénétré dans le cerveau.

M. MONOD apporte de nouveaux faits à ajouter à ceux qu'il a déjà communiqués. En voici le résumé :

Dans deux cas, il s'agissait de plaies pénétrantes de la région temporale droite, suivies de coma. Chez le premier de ces malades, M. Monod incise la plaie superficielle, la désinfecte et ne va pas plus loin. Le malade meurt. Chez le second, il n'y eut aucune espèce d'intervention et le malade succomba. Dans un troisième cas, plaie pénétrante de l'orbite, cécité, pas de symptômes cérébraux, antisepsie de la plaie extérieure, pas d'autre intervention, guérison.

M. QUÉNU, à propos des faits de M. Polaillon, estime, contrairement à lui, que le coma est non pas une indication mais bien une contre-indication d'intervention. Dans les cas cités par M. Polaillon, il se serait donc abstenu.

M. RECLUS fait observer que le coma peut être causé par une hémorragie. Dans ces cas, en intervenant, on vide le foyer et on peut faire cesser le coma, celui-ci ne saurait donc être toujours considéré comme une contre-indication.

M. POLAILLON se rattache à l'opinion de M. Reclus. Il n'a pas dit, d'ailleurs, que le coma fût toujours, pour lui, une indication formelle d'intervenir.

M. DELORME fait observer que les hémorragies sont généralement plus rares dans les plaies pénétrantes par coup de feu que dans les fractures. Le coma peut être dû aussi à un abcès intra-cérébral. Dans ces cas, l'intervention peut rendre les plus grands services. La théorie de M. Quénu ne doit donc pas être appliquée d'une façon générale.

M. VERNEUIL pense que le coma ne doit pas être considéré comme une contre-indication pour les interventionnistes. Il n'a pas, d'ailleurs, toujours la gravité qu'on lui prête. Dans un cas, il l'a vu persister pendant deux jours et le malade a guéri sans aucune intervention.

COMMUNICATION

Manuel opératoire de l'exothyropexie. — M. PONCET (de Lyon) fait une communication sur ce sujet.

Il est des goitres qui rétrocèdent quelquefois à la suite d'une simple incision, sur la ligne médiane, des tissus superficiels et des plans musculaires.

D'autres fois, le goitre peut diminuer après l'extraction d'un seul lobe. Mais dans bien des cas, ces moyens sont insuffisants, il faut alors recourir à l'exothyropexie. Voici le manuel opératoire :

Incision médiane allant du cartilage cricoïde à la fourchette sternale; compression des parties molles, à la partie inférieure du cou, pour faire saillir la veine jugulaire antérieure de façon à pouvoir l'éviter : on récline la veine ou on la pince. Puis on incise l'aponévrose sur la ligne médiane. On quitte alors le bistouri. Avec les doigts, on élargit l'incision médiane; on récline les muscles; puis, toujours avec les doigts, on dénude et on isole le goitre. On arrive aux lobes latéraux ; s'ils sont trop volumineux pour être attirés au dehors par la simple incision médiane, on sectionne peau et muscles transversalement. On énuclée les lobes latéraux de leur loge, successivement l'un après l'autre, les doigts agissant sur les bords des lobes. Il faut éviter de se rapprocher, avec les doigts pendant la luxation, des cornes supérieure ou inférieure des lobes. Il ne faut pas glisser non plus les doigts derrière les lobes pour les attirer au dehors, car on risquerait de blesser des vaisseaux. Il faut simplement agir sur les bords des lobes.

Dans les cas d'hypertrophie du lobe médian, même incision des plans superficiels. Puis les doigts vont de chaque côté du lobe médian et l'attirent au dehors sans passer derrière lui.

En résumé, l'opération doit se faire à sec, sans hémorragie. Il faut toujours rester dans le tissu cellulaire préthyroïdien, en dehors de la capsule de la glande.

Grâce à la luxation du corps thyroïde, il se fait un étranglement des lobes par l'incision cutanée médiane; ils s'atrophient et se dessèchent. Le pansement se fait à la gaze stérilisée simple. On enlève les bandelettes de gaze interposées entre la peau et le corps thyroïde le quatrième jour et on ne les remet plus.

Dans les goitres kystiques anciens, l'exothyropexie ne rend pas les mêmes services que dans les goitres charnus.

Dans les goitres parenchymateux, les résultats de l'exothyropexie sont excellents; de même dans les goitres vasculaires.

Quelquefois l'exothyropexie devient une opération d'urgence ; dans les cas, par exemple, de goitres plongeants, elle supprime les accidents dyspnéiques.

M. PEYROT dit qu'il est des cas de goitres parenchymateux qu'on peut facilement énucléer.

M. PONCET désigne sous le nom de goitres kystiques tous les goitres encapsulés, que leur contenu soit liquide ou solide.

M. TILLAUX a fait, il y a très longtemps, la distinction suivante entre les différents goitres. Il existe pratiquement deux espèces de goitres : le goitre proprement dit qui est l'hypertrophie du corps thyroïde ; et les tumeurs intra-thyroïdiennes, kystiques ou non, faciles à énucléer. Les vaisseaux, dans cette seconde forme, sont rejetés de côté ; et après l'énucléation du goitre, il ne survient pas de myxœdème.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DELORME présente un homme qui eut une entorse du genou il y a deux ans. Il existe du trouble fonctionnel. Lorsque le malade marche et que la jambe est en extension, la jambe se déclanche en quelque sorte et l'extension du membre s'accuse davantage.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que notre excellent ami le docteur Passant vient d'être nommé commandeur de l'ordre impérial du dragon d'Annam.

— Dimanche a eu lieu l'inauguration de l'Asile des vieillards de la Tronche, créé par la ville et les hospices de Grenoble. M. le docteur Girard, président des hospices de Grenoble, a reçu, à cette occasion, la croix de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Taulier a été élu hier sénateur de Vaucluse.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

HOPITAL ANDRAL. — M. Debove.

Des rapports du goître simple avec la maladie de Basedow; des faux goîtres exophthalmiques.

Par M. le docteur I. Bruhl,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Tout dernièrement M. Lamy publiait, dans les *Bulletins de la Société anatomique*, l'observation très complète, suivie d'autopsie, d'un malade atteint depuis vingt-cinq ans d'un goître; depuis quelques mois cette affection s'était compliquée de quelques-uns des symptômes classiques de la maladie de Basedow, en particulier de tremblement, de tachycardie transitoire; ce malade succomba à des accidents asystoliques. A l'occasion de cette communication des plus intéressantes, M. Brissaud signala deux faits analogues qu'il avait observés et qui sont consignés dans la thèse toute récente de M. Lasvènes (1).

De notre côté, nous avons pu suivre dans le service de M. le professeur Debove une malade atteinte de goître et présentant également des symptômes de la maladie de Graves. Sur le conseil de M. Debove, nous avons fait quelques recherches bibliographiques et nous avons réuni un certain nombre de faits établissant, d'une part, que cette coïncidence de goître et de maladie de Basedow n'était pas une rareté pathologique, d'autre part, que, dans quelques-uns de ces cas, la thyroïdectomie paraît avoir donné des résultats très favorables.

S'agit-il dans ces faits de la véritable maladie de Basedow? S'agit-il plutôt d'un syndrome clinique simulant cette maladie et méritant le nom de *faux goître exophthalmique?* Tel est le point que nous nous proposons de discuter.

Il nous paraît superflu de résumer les symptômes de la maladie de Graves. A la triade classique est venu s'ajouter un signe presque constant dans cette affection, le tremblement vibratoire, si spécial, dont nous devons la description à MM. Charcot et Marie. Enfin, longue serait la liste des manifestations nerveuses, motrices, sensitives, réflexes, psychiques, vaso-motrices, qu'on a observées au cours de cette maladie : leur énumération est faite d'une façon complète dans l'excellente thèse de M. Chevalier (Montpellier 1890). Cette symptomatologie si riche et si variée a permis de rapprocher cette singulière affection des autres névroses, de l'hystérie, en particulier. Cette conception, admise actuellement par la majorité des cliniciens, a donné la clef de toute une série d'associations morbides. Cependant, ce n'est là qu'une théorie très commode; et il ne faut pas nous dissimuler que la nature intime de cette affection nous échappe encore.

Avant de chercher à interpréter les faits que nous avons réunis, nous désirons rapporter *in extenso* l'observation de la malade de M. Debove. Nous devons à l'obligeance de notre collègue M. de Grandmaison, interne du service, les détails de l'histoire de la maladie.

Il s'agit d'une femme de soixante et un ans, qui est entrée le 16 mars 1891 à l'hôpital Andral pour des accidents asystoliques; depuis vingt ans, elle avait un goître de dimensions moyennes. Ses antécédents héréditaires méritent d'être rappelés avec quelques détails. Le père de la malade est mort d'accident à cinquante-quatre ans; sa mère est morte d'asystolie à soixante-quinze ans. Elle a douze frères et sœurs. Tous les membres de la famille sont des névropathes; presque tous étaient porteurs de goîtres; ils étaient originaires d'une localité des environs de Strasbourg, où le goître existe à l'état endémique.

D'après les antécédents personnels de la malade, nous sommes manifestement en présence d'une névropathe : dès l'âge de sept ans, elle était sujette à des crises d'étouffements; elle avait des terreurs nocturnes. A partir de l'âge de trente ans elle avait assez fréquemment, mais à des intervalles très irréguliers, des attaques de nerfs qui paraissent devoir être mises sur le compte de l'hystérie. En 1869, à l'âge de trente-neuf ans, elle s'aperçut que son cou commençait à grossir d'une façon lente et graduelle.

En 1870, des revers de fortune furent la cause occasionnelle d'une aggravation de son état nerveux.

La malade a toujours été bien réglée; elle n'a eu ni enfant, ni fausse-couche. A cinquante ans survient la ménopause, sans amener aucune espèce d'accident.

Il y a trois ou quatre ans, l'étrangeté et la fixité de son regard auraient frappé son entourage; c'est depuis cette époque qu'existe vraisemblablement un certain degré d'exophthalmos. Depuis deux ans seulement elle se plaint de palpitations, qui reviennent d'ordinaire sous forme de crises nocturnes. Il y a quelques mois, son goître se serait accru dans des proportions assez notables; c'est à ce moment qu'elle a éprouvé les premiers phénomènes d'insuffisance cardiaque; à l'occasion d'un effort ou d'une fatigue survenaient des accès de dyspnée; depuis deux mois, elle s'est aperçue qu'elle avait de l'œdème péri-malléolaire. Telle est la filiation des symptômes présentés par la malade. Quel est son état actuel?

C'est une femme amaigrie, presque cachectique, parlant avec difficulté. La respiration s'accompagne d'un sifflement trachéal perceptible à distance, et qui fait d'emblée songer à un rétrécissement de la trachée. La dyspnée est considérable; elle oblige la malade à garder la position assise.

Le cou est gros; on constate, à l'inspection et par la palpation, l'existence d'une tumeur du corps thyroïde, qui s'étend depuis le cartilage thyroïde jusqu'à la fourchette sternale, qu'elle ne dépasse pas par sa limite inférieure. La tuméfaction atteint d'une façon inégale les deux lobes; le lobe gauche, le plus volumineux, présente le volume du poing; le lobe droit a le volume d'un gros œuf. La tumeur est dure, manifestement solide; il n'existe aucun frémissement au niveau du goître, qui ne présente, d'ailleurs, aucun mouvement d'expansion. La peau est normale; elle est sillonnée par les veines jugulaires antérieures et externes, très distendues, et dans lesquelles on peut constater un reflux du sang.

L'exophthalmie, quoiqu'elle ne soit pas très prononcée, est indiscutable; le globe oculaire est totalement recouvert par l'occlusion des paupières.

Il n'existe aucune espèce de tremblement. Le cœur est légèrement hypertrophié; les battements sont précipités, tumultueux, difficiles à compter tant à cause de leur fréquence que de leur extrême irrégularité; l'auscultation ne permet que de constater une arythmie très grande des contractions cardiaques. Le pouls radial est petit, presque imperceptible, impossible à compter.

Il existe un œdème considérable des membres inférieurs, atteignant la racine des cuisses. L'examen de la cavité

(1) Lasvènes. *De la maladie de Basedow développée sur un goître ancien.* Thèse de Paris, 1891.

abdominale ne nous a fourni que des résultats négatifs; le foie, en particulier, ne paraît pas déborder les fausses côtes. Les urines sont rares, foncées et contiennent des traces d'albumine. L'examen des poumons nous révèle l'existence de râles d'œdème pulmonaire.

Le diagnostic d'asystolie s'imposait; aussi la malade fut-elle soumise à un traitement digitalique; on prescrivit 30 centigrammes de poudre de digitale et on continua l'administration du médicament pendant une série de jours, jusqu'à ce qu'il se produisît des signes d'intolérance. Sous l'influence de ce traitement, on obtint une diminution notable de l'œdème des membres inférieurs, une augmentation de la quantité des urines, un ralentissement du pouls qui descendit à 124 d'abord, puis à 108, enfin, à 96; c'est le chiffre minimum que nous avons pu constater. En même temps les contractions cardiaques devinrent plus énergiques; toutefois, nous relevons toujours les mêmes irrégularités; mais il n'existait ni souffle, ni dédoublement, ni bruit de galop; le claquement des valvules aortiques présentait un timbre éclatant. Il était évident que nous avions affaire à une altération déjà avancée du myocarde.

Ce qui nous a paru très intéressant, c'est la diminution de volume du goître et la disparition presque complète de l'exophthalmie sous l'influence de ce traitement. La cachexie, cependant, fit des progrès et la malade succomba, le 23 avril, après une aggravation subite dans son état.

L'autopsie fut pratiquée vingt-quatre heures après la mort. Le cadavre est amaigri; il existe encore une infiltration œdémateuse du tissu cellulaire des membres inférieurs. Le goître, que nous avons énucléé, était volumineux. Le lobe gauche, plus allongé, présentait le volume du poing; le lobe droit plus large, plus étalé, mais moins haut, avait le volume d'un gros œuf de poule. La surface de la tumeur est irrégulière, légèrement bosselée. Quelques veines distendues rampaient dans le tissu cellulaire qui enveloppait la tumeur. Celle-ci, d'une dureté presque ligneuse en certains points, offrait une consistance pâteuse en d'autres. En l'incisant, on voit qu'elle est constituée par un tissu dur, manifestement fibreux, circonscrivant de petites cavités kystiques remplies de matière colloïde. Nous insistons sur l'absence de vascularisation de la tumeur; à la coupe, il ne s'est pas écoulé une seule goutte de sang. Il s'agissait donc bien d'un goître vulgaire, classique. Les nerfs pneumogastriques et récurrents ne paraissent pas comprimés; à l'œil nu, ils ont leur aspect normal; ils sont entourés d'un tissu cellulaire, dans lequel il est facile de les isoler. La trachée est aplatie d'avant en arrière, au niveau du goître; elle présente une forme presque rubanée; cet aplatissement persistait même après l'ablation de la tumeur; il était beaucoup plus marqué à gauche qu'à droite.

Le cœur présente une hypertrophie notable du ventricule gauche; le myocarde a une teinte jaune, légèrement feuille morte; à la coupe des piliers, on aperçoit des points blanchâtres, indices d'une sclérose cardiaque. Le bord libre des valvules sigmoïdes de l'aorte est légèrement épaissi. Il existe de l'athérome de l'aorte, dont on poursuit les altérations jusque dans sa portion abdominale.

Poumons : emphysémateux; congestion des bases.

Foie : petit, dur, non granuleux, pèse 950 grammes. Sur une coupe on retrouve l'aspect du foie muscade.

Rate : petite et scléreuse.

Reins : la capsule est légèrement adhérente; sur une coupe le parenchyme est congestionné et graisseux.

Les centres nerveux sont absolument sains; pas d'altérations des vaisseaux du cerveau; pas d'adhérences des méninges. Le bulbe est également sain; on constate seulement à la surface du quatrième ventricule une petite ecchymose sous-épendymaire. Nous avons pratiqué des coupes aussi rapprochées que possible de la protubérance et du bulbe; nous n'avons rien constaté d'anormal; les vaisseaux ne sont pas dilatés; il n'existe pas de piqueté hémorrhagique. L'ecchymose que nous avons signalée est sous-séreuse; elle n'intéresse pas la substance nerveuse.

M. de Grandmaison a bien voulu se charger de faire un examen histologique des diverses pièces que nous avons recueillies; mais cet examen ne nous a fourni aucun renseignement d'un intérêt spécial; aussi croyons-nous superflu d'y insister.

Cette observation nous paraît à la fois intéressante et instructive à plus d'un titre. En effet, si nous cherchons à résumer, en quelques mots, l'histoire de notre malade, nous verrons que nous sommes en présence d'une femme manifestement névropathe, qui, depuis vingt et un ans, était atteinte de goître; dix-sept ans après l'apparition de ce goître, serait survenu un léger degré d'exophthalmie; enfin, il y a deux ans, se sont montrés des accidents cardiaques, qui ont abouti à l'asystolie et à la mort.

THÉRAPEUTIQUE

De l'emploi de la glycérine solidifiée en gynécologie.

Par M. le docteur LAUGRANDET,

Les premières indications thérapeutiques de la glycérine visaient la constipation habituelle. Anacker ne s'était pas contenté d'établir, par des faits certains, qu'à la dose de 10 à 15 grammes, administrée en lavement (*enema*), la glycérine provoquait une évacuation prompte, complète, indolore, il avait voulu aussi expliquer le *modus agendi* en invoquant ses propriétés hydroscopiques, lesquelles augmentent l'activité de la circulation et favorisent les mouvements péristaltiques du tube intestinal.

La théorie d'Anacker a été contestée par Vamossy qui n'attribuait à la glycérine qu'un *effet mécanique*, et par Unger qui ne voyait dans son action « qu'une excitation des glandes muqueuses à une plus grande sécrétion ».

Quoi qu'il en soit, ce genre de médication a été accueilli avec une faveur toujours croissante aux États-Unis, patronnée qu'elle était par Smith (de Philadelphie), par Slocum, par Cadogan-Masterman, et par Warden qui la déclarait *la meilleure pilule du monde.*

C'est à ce moment que, pour dispenser le malade de tout instrument (grand ou petit, fixe ou mobile), Unger imagina d'administrer la glycérine en *suppositoires*, en y incorporant du savon et du *Rhamnus frangula* (Bourdaine-Nerprun).

Enfin, alors que W.-H. Morse préconisait l'emploi de la glycérine dans le pansement des plaies, Dean l'employait avec succès contre les oxyures (*Oxyuris vermicularis*), soulageant ainsi les enfants d'énervantes démangeaisons anales.

C'est au professeur Sims, l'éminent gynécologue, que revient le mérite d'avoir, le premier, utilisé les propriétés osmotiques de la glycérine, en l'appliquant directement sur la muqueuse utérine.

Sims portait, sur le col utérin, un tampon d'ouate fortement imbibé de glycérine. L'un de ses élèves préférait se servir d'une sonde en gomme élastique, recouverte de glycérine, et tenue sur place, avec des mouvements alternatifs de va-et-vient, mais, dans les deux cas, le pansement local présentait le triple inconvénient : de faire intervenir un corps étranger, cause d'irritation; de nécessiter la présence du médecin et l'emploi du spéculum.